

ENEMIGO QUE ASECHA

**CLAUDIA JOHANA ACOSTA
PAULO CESAR JIMENEZ
LIBIA LOPERA TABARES
JUAN CARLOS MURILLO
MARIA JACKELINE PARRADO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2010**

ENEMIGO QUE ASECHA

**CLAUDIA JOHANA ACOSTA
PAULO CESAR JIMENEZ
LIBIA LOPERA TABARES
JUAN CARLOS MURILLO
MARIA JACKELINE PARRADO**

**Trabajo de Grado presentado
Como requisito para optar
Al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia**

Asesor:

DILSON RIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 0**

CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO	5
INTRODUCCION	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	9
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	9
3. JUSTIFICACION	10
4. HIPOTESIS	11
5. MARCO TEORICO	12
6. APLICACIÓN DEL PROYECTO	13
7. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	14
7.1 TAXONOMÍA DEL VIRUS DEL DENGUE	14
7.1.1 Estructura viral	15
7.1.2 Serotipos	15
7.2 CARACTERISTICAS Y HABITOS DEL MOSQUITO	16
7.2.1 Los criaderos	17
7.2.2 Como se reproduce el mosquito	18
7.3 COMO SE TRANSMITE EL DENGUE	18
7.3.1 Características clínicas	18
7.3.2. Que debe hacer un enfermo con dengue	20
7.3.3 Diagnóstico	20
7.3.4 Tratamiento	21
7.3.5 Vacuna	21
7.3.6 Grupos vulnerables	21
7.3.7 Vigilancia epidemiológica	21
8. CAUSAS DEL AUMENTO DEL DENGUE	24
8.1 Como prevenir el dengue hemorrágico	24
9. ESTADISTICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODO DEL 2010	26
9.1 CALI	26
9.2 PEREIRA	26
9.2.1 Cifras	28

9.2.2 Muertes	28
9.3 META	28
10. ACCIONES TOMADAS POR SECRETARIA DE SALUD	36
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	40

GLOSARIO

Albúmina: tipo de proteína simple, compuesta de carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y un pequeño porcentaje de azufre. La albúmina es coagulable por el calor, los ácidos minerales, el alcohol y el éter, y es soluble en agua y en disoluciones diluidas de sal.

Artralgia: dolor en las articulaciones

Astenia: pérdida de fuerza muscular.

Ascitis: Es la acumulación anormal de líquido con un alto contenido de proteínas y electrolitos a nivel intraperitoneal. Se produce con más frecuencia por enfermedades graves del hígado. Una de las manifestaciones clínicas de esta alteración es el aumento del perímetro abdominal, que a veces es perceptible a simple vista, cuando la cantidad de líquido acumulado es considerable, mientras que otras veces es necesario ponerlo de manifiesto mediante técnicas diagnósticas como la ecografía abdominal.

Cefalea: es comúnmente conocido como dolor de la cabeza.

Enfermedad contagiosa: es aquella enfermedad en el que el individuo enfermo puede transmitir la enfermedad a otro individuo sano.

Enfermedad infecciosa: es aquella enfermedad en el que el agente etiológico, al ingresar al organismo humano, se multiplica y desarrolla en él.

Enfermedad infectocontagiosa: Es aquella enfermedad de fácil transmisión que se produce por contagio desde otro ser vivo, ya sea humano, vector o agentes intermediarios, o bien directamente desde otros microorganismos o toxinas. Véase *también enfermedad infecciosa y contagiosa*.

Exantema: erupción cutánea que puede tener distintos tipos de distribución en el cuerpo, en función de la enfermedad en la que aparece. Esta clase de lesión surge especialmente en enfermedades infecciosas víricas.

Expistasis: sangrado por la nariz.

Gingivorragia: sangrado por las encías.

Hematocrito: Concentración de glóbulos rojos en la sangre por milímetro cúbico.

Hematuria: Aparición de glóbulos rojos en el sedimento urinario.

Hipoperfusión: Poca circulación de la sangre periférica, que provoca hipovolemia (poco volumen de sangre)

Mialgia: Dolor en los músculos.

Monocitos: Células blancas de defensa (constituyente de los glóbulos blancos)

Petequias: Significa “extravasación de los glóbulos rojos de los capilares”. Se manifiestan por puntos diminutos de color púrpura o rojo que se visualizan en la piel.

Plaquetas: También denominada trombocito, es un fragmento citoplasmático que se encuentra en la sangre periférica, donde interviene en el proceso de coagulación de la sangre.

Pleural: Membrana que recubre el pulmón.

Shock hipovolemico: Es el resultado de la incapacidad del corazón de bombear un volumen adecuado de sangre a la presión necesaria para que pueda llegar a los principales órganos del cuerpo. Para el caso específico del shock hipovolémico, la causa es la reducción del volumen sanguíneo que llega a los distintos tejidos.

Taquicardia: es el ritmo cardíaco acelerado. El corazón se contrae cada minuto entre 60 y 100 veces en condiciones normales. Esta frecuencia aumenta en un individuo sano con el ejercicio, las emociones o el estrés o en caso de enfermedad.

Hepatomegalia: es el hígado aumentado de tamaño a niveles anormales.

Transaminasa (TGO y TGP): son enzimas hepáticas.

Epidemiología positiva: es la comprobación de la existencia de la cadena epidemiológica en un lugar y tiempo determinado.

INTRODUCCION



El dengue hemorrágico, es una enfermedad viral aguda, de carácter endemo - epidémico, transmitida por un mosquito del genero Aedes, principalmente por Aedes Aegypti, que constituye arbovirosis mas importante a nivel mundial en termino de morbilidad, mortalidad. Este mosquito se reproduce con facilidad en recipientes que ya no se usan y son dejados con residuos de líquidos o aguas estancadas.

Nos inclinamos a trabajar sobre esta epidemia ya que se ha visto afectado casi todo el territorio nacional, unas regiones con casos aislados y otras con casos más crecientes, en la ciudad de Cali esta enfermedad ha ido cobrando fuerza entre los habitantes de las comunas 2,4,5,6,7,8,10,12,17 y 20.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia el dengue representa un problema prioritario en salud pública debido a múltiples factores entre ellos la reemergencia e intensa transmisión viral con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada vez más cortos, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue hemorrágico y otras formas graves de la enfermedad, la circulación simultánea de los cuatro serotipos, la infestación por *Aedes aegypti* del más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 m.s.n.m., y la urbanización de la población por problemas de violencia en el país, pone en riesgo a aproximadamente 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas con transmisión de esta enfermedad.

De esta forma, el dengue es una de las patologías infecciosas con mayor impacto en Colombia y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

El comportamiento epidemiológico de la enfermedad en las últimas décadas ha sido ascendente; caracterizado por aumento exponencial de las áreas endémicas en las diferentes décadas. Su comportamiento cíclico se ha caracterizado por picos epidémicos cada tres o cuatro años, relacionados con el reingreso de nuevos serotipos al país.

A esto le podemos añadir que las personas son poco cuidadosas con los objetos y recipientes que ya no usan los cuales pueden servir como criadero del sancudo *Aedes Aegypti*, fuera de las aguas estancadas de las alcantarillas que son sitios perfectos para su reproducción. Se debe tratar de distinguir el enemigo, por esto miremos algunas de sus características, este insecto posee un abdomen agudo, es de color oscuro, posee una bandas o rayas blancas en sus patas.

2. OBJETIVOS

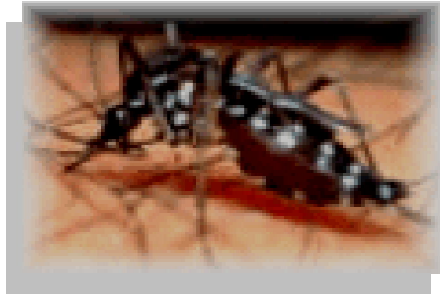
2.1 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Dar a conocer aspectos relevantes sobre el dengue hemorrágico y los problemas que le causa a nuestra salud; exteriorizando los métodos de prevención, educación como prioridad para combatir el hábitat del insecto transmisor del dengue hemorrágico.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar las zonas y las personas más vulnerables para esta enfermedad.
- ✓ Conocer el hábitat del mosquito y los métodos de erradicación.
- ✓ Conocer las características del insecto transmisor de la enfermedad.
- ✓ Saber qué hacer si pienso que tengo dengue hemorrágico.

3. JUSTIFICACION



El dengue hemorrágico es una enfermedad viral ocasionada por el arbovirus con mayor morbilidad y mortalidad en el mundo, el llamado mosquito *Aedes Aegypti*; Es un mosquito esencialmente doméstico. Es un flavivirus que incluye 4 serotipos (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4). Cualquiera de estos serotipos puede producir la enfermedad. El más frecuente en el dengue clásico es el serotipo 1.

Como muchas de las enfermedades producidas por virus, puede no tener síntomas o traducirse en una serie de manifestaciones clínicas o incluso la muerte. En las últimas tres décadas el incremento del dengue en el continente americano, esto está condicionado por la presencia del *Aedes aegypti*, principal vector de la enfermedad y a la reinfestación de algunas áreas geográficas por el *Aedes albopictus* procedente de Asia.

El primer informe de casos de dengue hemorrágico en América fue en Venezuela en 1968 y el primer brote ocurrió en Cuba en 1981.

El dengue aún constituye un problema de salud pública en Colombia. Desde 1994 el número de casos ha sido fluctuante, pero se ha mantenido por encima de 20.000 casos anuales, presentando picos en 1998 y 2002.

4. HIPOTESIS

Desde el primer caso de dengue hemorrágico en diciembre de 1989, en Puerto Berrio (Antioquia), se ha observado en el país una tendencia al rápido incremento en el número de casos, al pasar de 5.2 casos por 100.000 habitantes en la década de los 90 a 18.1 casos por 100.00 habitantes en los últimos 5 años.

El dengue hemorrágico es una grave enfermedad, la cual es muy fácil de propagarse en un medio ambiente adecuado para la reproducción del mosquito transmisor; es una amenaza epidemiológica latente en los tiempos de lluvia.

5. MARCO TEORICO

El dengue es una enfermedad viral febril aguda. Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como se definen diversas formas clínicas: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma, y el dengue grave donde se encuentran incluidos el dengue hemorrágico (DH), el síndrome de choque dengue (SCD) y otras complicaciones del dengue como miocarditis, encefalitis, hepatitis las cuales se asocian con mayor mortalidad.

El dengue hemorrágico es una grave enfermedad infectocontagiosa transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* infectado por un virus llamado "Arbovirus".

Es un mosquito que se encuentra en zonas cálidas o climas medios hasta los 1800 metros sobre el nivel del agua. Según evidencias de cada país en los que se ha informado la FHD endémica, hay fuerte asociación entre el estado nutricional bueno en los niños y un riesgo mayor, en Cuba se evidenció que la mayor gravedad de la enfermedad se desarrolló en niños con buen estado nutricional.

Los casos típicos de dengue hemorrágico se caracterizan por fiebre alta, fenómenos hemorrágicos, hepatomegalia y, a menudo, insuficiencia circulatoria. La trombocitopenia de moderada a intensa con hemoconcentración simultánea es un hallazgo característico. Se diferencia del dengue clásico por el aumento de la permeabilidad vascular y la extravasación de plasma, la cual se puede evidenciar por un incremento del hematocrito y hemoconcentración ascendente. Algunos signos de alarma son malestar epigástrico, sensibilidad en el reborde costal derecho y dolor abdominal generalizado. La temperatura es típicamente alta, de dos a siete días de duración, y luego baja a un nivel normal o subnormal.

6. APLICACIÓN DEL PROYECTO

- ✓ Actualizar los conocimientos sobre la epidemiología del dengue para las personas que tengan acceso a este trabajo.
- ✓ Determinar zonas vulnerables en la aparición del dengue.
- ✓ Identificar si las personas más vulnerables son niños, adultos o adultos mayores.
- ✓ Alertar a las personas para que tomen conciencia sobre esta enfermedad, sirviendo de herramienta para disminuir su incidencia.
- ✓ Orientar para que se tome las medidas preventivas necesarias.

7. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El dengue hemorrágico se remonta al año 1823 donde esclavos procedentes de África occidental introdujeron en América los términos “dinga” con la que nombraron una epidemia producida en su tierra natal y luego esta expresión fue transformada a la expresión española “dengue”.

Este hecho demuestra que la existencia de los virus del dengue, datan de varios siglos.

Durante los últimos años, han ocurrido epidemias de dengue periódicamente. La primera epidemia documentada en laboratorio afectó al Caribe y a Venezuela en entre los años de 1963 – 1964.

Posteriormente, al comienzo y a mediados de la década de los años 70 la epidemia se propaga a Colombia.

Para ese entonces, el dengue comenzaba a hacerse endémico en la zona caribeña. En 1977, aparecen más casos en Jamaica y por la intensificación de viajes turísticos de la zona, se propaga a las demás islas del Caribe causando brotes explosivos. Se observaron brotes similares en Sudamérica septentrional: Colombia, Venezuela, Guyana, Suriname y Guayana Francesa. En América Central: Belice, Honduras, El Salvador, Guatemala y México. Durante la segunda mitad de 1980, se documenta en el estado de Texas USA. En 1981 el brote de dengue hemorrágico que afectó a Cuba, fue el acontecimiento más importante. Es probable, sin embargo que en América, millones de personas fueran infectadas por el virus. En 1982 comienza una epidemia de dengue en el norte del Brasil, cuatro años más tarde, un brote de Río de Janeiro se propaga a otros estados brasileños. Bolivia en 1987, Paraguay y Ecuador en 1988 y Perú en 1990, sufrieron extensas epidemias. Los estudios sugirieron que varios millones de personas se habían visto afectadas. Durante esos mismos años se registró asimismo un aumento notable de la ocurrencia de dengue hemorrágico.

7.1 TAXONOMIA DEL VIRUS DEL DENGUE

- familia ***Flaviviridae***
- género ***Flavivirus***
- especie ***Dengue***

A esta misma familia pertenecen los virus que causan la fiebre amarilla, la encefalitis de San Luis, la Fiebre del Oeste del Nilo, y la encefalitis japonesa, entre otras.

7.1.1 Estructura viral

La partícula viral del Dengue es de forma esférica y mide entre 40 y 60 nm de diámetro. Tiene una envoltura formada por proteínas (proteína E, principalmente, y proteína M) que cubre completamente la superficie del virus. El material genético se encuentra protegido por una nucleocápside circular de simetría poliédrica; el diámetro del núcleo es de 25-30 nm. Entre la envoltura y la nucleocápside se encuentra una bicapa lipídica, cuyos lípidos se derivan de la membrana celular del hospedero. El genoma está compuesto por una sola molécula de RNA de cadena sencilla lineal, de sentido positivo, de 10 703 nucleótidos y de alta variabilidad genómica. Por si mismos, los ácidos nucleicos genómicos son infecciosos, por lo que las autoridades de salud recomiendan manejar este virus en el nivel de bioseguridad 2 (BLS-2, por sus siglas en inglés). Ver figura 1.

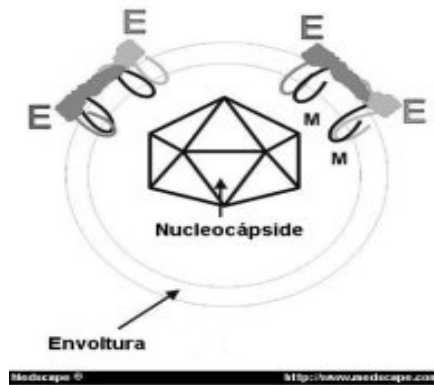


Figura 1. Estructura viral

7.1.2 Serotipos

Los virus del dengue han sido agrupados en cuatro serotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Cada serotipo crea inmunidad específica a largo plazo contra el mismo serotipo (homólogo), así como una inmunidad cruzada de corto plazo contra los otros tres serotipos, la cual puede durar varios meses. Los cuatro serotipos son capaces de producir infección asintomática, enfermedad febril y cuadros severos que pueden conducir hasta la muerte, dada la variación genética en cada uno de los cuatro serotipos. Algunas variantes genéticas parecen ser más virulentas o tener mayor potencial epidémico. Los serotipos DENV-1 y DENV-2 fueron aislados inicialmente en 1944, mientras que el DENV-3 y el DENV-4 se aislaron en 1957, todos en humanos.

Posteriormente, se han logrado aislar los cuatro serotipos en mosquitos de la familia Culicidae, y en el caso del DENV-2, también en otros primates. Los cuatro serotipos del Virus del Dengue se encuentran distribuidos en diversos países:

DENV-1: Caribe, Centro América, México, sur de EUA, Colombia, Nigeria, Senegal, India, Bangladesh, Filipinas y Australia.

DENV-2: Caribe, México, Venezuela, Colombia, Senegal, Kenya, Nigeria, India, Bangladesh y Filipinas.

DENV-3: India, Bangladesh, Filipinas, Pakistán, Sri Lanka, México. Centro América y Australia.

DENV-4: SE de Asia, Sri Lanka, India, China, Centro América, Surinam, México, Colombia.

Sin embargo, debido a las facilidades que existen hoy en día para viajar, así como el movimiento migratorio alrededor del mundo, la distribución geográfica de este virus se ve modificada continuamente.

En nuestro país, el serotipo que predomina es el DENV-2, aunque los cuatro serotipos han estado presentes en algún momento.

El mosquito conocido como *Aedes aegypti* es el causante de transmitir varias enfermedades como el Dengue y la fiebre amarilla entre otras, por lo cual constituye una gran amenaza para la salud de la población.

7.2 CARACTERISTICAS Y HABITOS DEL MOSQUITO

La fase acuática dura aproximadamente siete días, con rangos entre tres y doce dependiendo de la temperatura. Los huevecillos soportan la desecación hasta de un año, por eso es muy frecuente encontrar grandes cantidades de larvas en las temporadas de lluvias, en diversos recipientes.

El periodo de larvas comprende cuatro grados evolutivos denominados primero, segundo, tercero y cuarto. El tiempo aproximado para pasar de un grado a otro, es de aproximadamente 48 horas.

El estado de pupa corresponde a la última etapa de maduración de la fase acuática. De ahí emerge (del agua) el mosquito que corresponde a la fase aérea. Una vez que los mosquitos han emergido, se alimenta por primera vez entre las 20 y las 72 horas posteriores.

Se reproduce en aguas limpias y estancadas en albercas, floreros, materas, llantas, botellas, vasos desechables y en cualquier recipiente en el cual se deposite agua.

El mosquito realiza una parte de su desarrollo en el agua (fase acuática), permitiendo la humedad que los huevos se transformen en larvas, llamadas también cabezones o saltones, las cuales en pocos días se convierten en mosquitos adultos (fase aérea).

Solamente la hembra pica. Las hembras de estos vectores son hematófagas, es decir chupan sangre y es en ese momento cuando transmiten los virus causantes de la enfermedad. El mosquito macho se alimenta de néctares, su principal característica es la de ser oscuro con manchitas blancas. Están predominantemente asociados al hábitat humano.

La sobrevivencia de los mosquitos depende de la capacidad para alimentarse, reproducirse, protegerse y dispersarse. Generalmente el apareamiento se realiza cuando la hembra busca alimentarse; se ha observado que el ruido que emite al volar es un mecanismo por el cual el macho es atraído así como con otras sustancias que liberan los moscos. Una vez copulada e inseminada la hembra, el esperma que lleva es suficiente para fecundar todos los huevecillos que produce durante su existencia, no aceptando otra inseminación adicional.

El horario de actividad de picadura de los mosquitos es en horas de baja intensidad de la luz solar; en general, se inicia al amanecer (6:00 a 8:00 hrs.) o antes del anochecer (17:00 a 19:00 hrs.). Las curvas de actividad alimenticia muestran que hay dos períodos de mayor actividad, más durante el alba que por las noches. Sin embargo, la alimentación puede estar condicionada a la posibilidad de obtener sangre de los habitantes de las casas, pudiendo modificar su actividad y picar aun en horas de la noche y en el día.

El período de vida del mosquito adulto o de imago se ve afectada por las características climáticas, principalmente la temperatura, pues condicionan sus actividades de alimentación, reproducción y reposo. A una temperatura inferior a 4°C o superior a los 40°C generalmente no sobreviven.

7.2.1 Los criaderos

Los cuerpos de agua donde se lleva a cabo la fase acuática del *A. aegypti* son comúnmente llamados criaderos. En general, son producidos por el hombre y ubicados dentro o cerca de las casas. En forma potencial, todo recipiente capaz de contener agua y con la presencia del mosquito puede transformarse en criadero, El tamaño de los criaderos puede variar, e ir desde la tapa de un envase de refresco hasta una cisterna

Su presencia y multiplicación está relacionada con los hábitos y costumbres de los colombianos, tales como: Aseo en los alrededores de la vivienda, Acumulación de llantas, latas, botellas y todo tipo de recipientes, Cultivo de plantas acuáticas, Materas y floreros con agua.

7.2.2 ¿Cómo se reproduce el mosquito?

La hembra deposita los huevos en agua limpia y estancada o en lugares húmedos, dentro y alrededor de casa (toneles, pilas y llantas). En los criaderos, los huevos se convierten en larvas, luego en pupas y finalmente en mosquitos.

Los huevos son depositados en las paredes de los recipientes y si no se mojan, pueden permanecer conservados por largos períodos. Una vez que toca el agua empieza su desarrollo. Los huevecillos pueden estar infectados con el virus, de tal manera que desde su nacimiento puede ser un transmisor de la enfermedad.

7.3 ¿COMO SE TRANSMITE EL DENGUE?

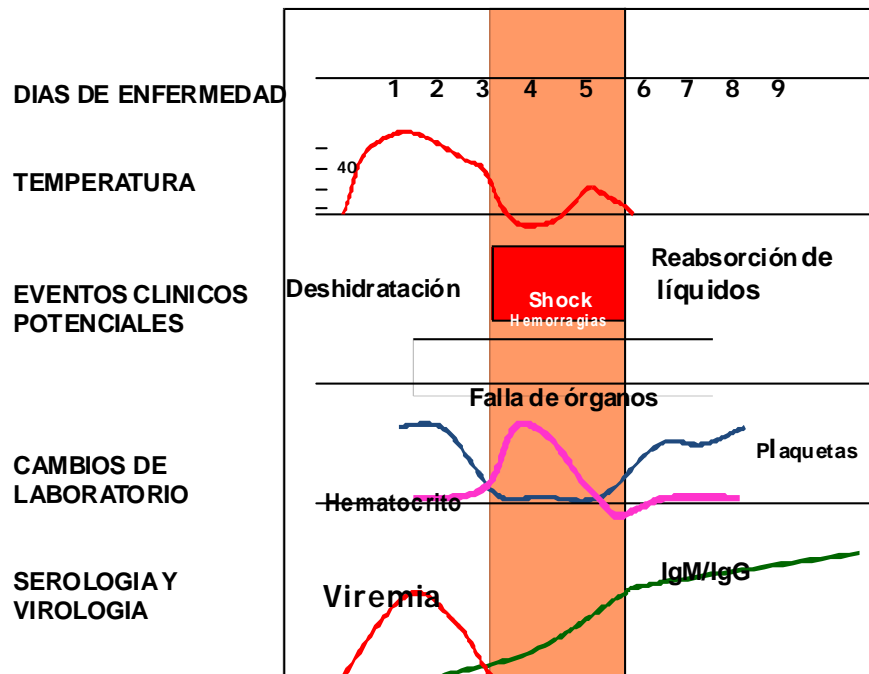
El mosquito hembra se alimenta preferiblemente de sangre humana para desarrollar sus huevos, pica en áreas descubiertas como los tobillos, brazos o cuello y puede hacerlo a cualquier hora del día y de la noche, pero generalmente lo hace durante el día.

Cuando el mosquito se alimenta con sangre de una persona enferma de dengue y luego pica a otras personas les transmite esta enfermedad. El dengue no se transmite directamente de persona a persona. Si alguien es picado por un mosquito *Aedes aegypti* transmisor puede empezar a padecer la enfermedad de cinco a siete días después de haber sido infectado, aunque se han reportado algunos casos más cortos (3 días) o más largos (14 días).

7.3.1 Características clínicas

Dolor abdominal intenso, vomito persiste, acumulación de líquidos, sangrado de mucosa, letargia o inquietud.

Figura 2: EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DEL DENGUE



El Dengue hemorrágico es una enfermedad febril aguda en la que se observan todos los signos siguientes.

1. Signos de extravasación del plasma (diferencia crítica entre el dengue hemorrágico y el dengue) verificable con:

- Hematocrito inicial o hematocrito control situado mayor o igual a 20% (por encima del correspondiente a esa edad, sexo y población);
- Descenso de 20% o más de hematocrito después del tratamiento con líquidos endovenosos;
- Signos asociados a extravasación de plasma como derrame pleural, ascitis e hipoproteinemia.

2. Manifestaciones hemorrágicas espontáneas o inducidas que incluyan por lo menos una de las siguientes: prueba de torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpura y hemorragias de las mucosas, tracto gastrointestinal, de los lugares de punción u otras.

3. Trombocito penia: recuento de plaquetas igual o menor a 100.000/mm³ (3).

- Choque por dengue: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos de choque como disminución de la tensión arterial diferencial o presión del pulso (diferencia de 20 mmHg o menos entre la TA

máxima o sistólica y la mínima o diastólica), signos de inestabilidad hemodinámica (taquicardia, frialdad, llenado capilar lento, entre otros), hipotensión.

- Hemorragias Severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico.

7.3.2 ¿Qué debe hacer un enfermo de dengue?

Todo paciente con dengue y dengue grave que sea hospitalizado debe permanecer bajo toldillo durante los primeros ocho días de la fiebre, período en el cual el ser humano es infectante para el mosquito. Esta medida inmediata permite cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

- Beber líquidos abundantes o suero oral, especialmente si hay vómitos o diarrea.
- Mantener reposo.
- Controlar la fiebre y vigilar el aparecimiento de dolor abdominal severo repentino, dificultad para respirar o sangrados (principalmente en los primeros cinco días de la enfermedad).
- No tomar ácido acetilsalicílico (aspirina) y sus derivados.
- Tomar acetaminofén en caso de dolor intenso (nunca aspirina, porque puede favorecer las hemorragias).
- Acudir al médico de inmediato si se presenta: sangrado, dificultades en la respiración, inflamación en la cara, vómitos o diarreas, alteraciones en la presión, palidez, sudoración, somnolencias.
- Evitar que los mosquitos piquen al enfermo, colocando un mosquitero en su habitación (preferiblemente impregnado con insecticida) hasta que ya no tenga fiebre.
- Buscar en el domicilio posibles criaderos de mosquitos y destruirlos.
- Informar al servicio de salud más cercano sobre el caso de dengue para evitar que la enfermedad se propague.

7.3.3 Diagnóstico

Lo debe realizar un médico. Una biometría hemática permite detectar el descenso de plaquetas y apoyar el diagnóstico clínico de la enfermedad, pero ésta sólo se confirma por laboratorio con una muestra de sangre donde se rastrean los anticuerpos.

7.3.4 Tratamiento

No hay fármacos contra el virus del dengue. Se recomienda el uso de medicamentos para aliviar la fiebre y el dolor (paracetamol) y mantener la hidratación constante.

7.3.5 Vacuna

Todavía no se ha aprobado ninguna vacuna contra el dengue. A pesar de algunos progresos, el desarrollo estas vacunas (para las formas tanto leves como graves) sigue siendo un reto.

7.3.6 Grupos vulnerables

Los grupos más propensos a contraer la enfermedad son los niños menores de cinco años, ancianos, personas con otra enfermedad (infecciones o crónico-degenerativas), inmunodeprimidos (como las personas con VIH), desnutridos y mujeres embarazadas, aunque también se ha dado mucho entre jóvenes de entre 20 y 40 años.

7.3.7 Vigilancia epidemiológica

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica capta, registra y analiza los datos de morbilidad, mortalidad y daños y riesgos en salud —en este caso específicamente para Dengue— a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que incluye a su vez los componentes de :

- Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades
- Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, y
- Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED).
- Ficha única de notificación de dengue y dengue grave. Ver figuras 3 y 4.

La cual debe ser enviada a secretaria de salud, para los casos estadísticos y toma de decisiones en su prevención.



Datos básicos									
1. INFORMACIÓN GENERAL REG-002.001.4010-001 V.50 AÑO 2010									
1.1. Nombre del evento						1.2. Fecha de notificación			
						Código Día Mes Año			
1.3. Semana*		1.4. Año:		1.5. Departamento que notifica		1.6. Municipio que notifica			
* Epidemiológica		Año							
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato						1.8. Código de la UPGD		1.9. Nit UPGD	
						Depto. Municipio Código Sub.			
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE									
2.1. Primer nombre			2.2. Segundo nombre			2.3. Primer apellido			
2.4. Segundo apellido			2.5. Teléfono			2.6. Fecha de nacimiento			
						Día Mes Año			
2.7. Tipo de documento de identificación						2.8. Número de identificación			
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro T. de ID. <input type="checkbox"/> TI (2) C.C. (3) C.C. (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.									
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad		2.11. Sexo		2.12. País de ocurrencia del caso			
Años Meses Días Horas Minutos		1 2 3 4 5		M F					
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso				2.14. Área de ocurrencia del caso		2.14.1. Cabeecera municipal/Centro poblado/Rural disperso		2.15. Barrio de ocurrencia	
Depto. Municipio				1 Cabeecera municipal 2 Centro poblado 3 Rural disperso					
2.15.2. Localidad		2.16. Dirección de residencia		2.17. Ocupación del paciente		2.18. Tipo de régimen en salud			
						Código 1 Contributivo 2 Subsidado 3 Ecopare 4 Especial 5 No afiliado			
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud						2.20. Pertenencia étnica			
						Código 1 Indígena 2 RCM 3 Raízal 4 Palenquero 5 Afro colombiano 6 Otros			
2.21. Grupo poblacional									
9 Desplazados 13 Migratorios 14 Carcelarios 5 Otros grupos poblacionales									
3. NOTIFICACIÓN									
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente						3.2. Fecha de consulta		3.3. Inicio de síntomas	
Depto. Municipio						Día Mes Año		Día Mes Año	
3.4. Clasificación inicial de caso						3.5. Hospitalizado		3.6. Fecha de hospitalización	
1 Sospechoso 2 Probable 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. caso epidemiológico						1 Si 2 No		Día Mes Año	
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción		3.10. Causa básica de muerte			
1 Vivo 2 Muerto		Día Mes Año				CE 10			
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha						3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha			
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES									
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso								4.2. Fecha de ajuste	
0 No aplica 3 Conf. por laboratorio 4 Conf. clínica 5 Conf. caso epidemiológico 6 Descartado 7 Otra actualización								Día Mes Año	

Figura 3. Ficha única de notificación de dengue y dengue grave

Dengue COD. INS: 210 | Dengue Grave COD. INS: 220 | Mortalidad por dengue COD. INS: 580

Envíe la ficha de solicitud de examen de laboratorio de salud pública con la muestra correspondiente al nivel de competencia.

REG-R02.001.4020-003 V:00

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente

B. Tipo de ID*

C. No. de identificación

* TIPO DE ID: 1 - RC: REGISTRO CIVIL | 2 - TI: TARJETA IDENTIDAD | 3 - CC: CÉDULA CIUDADANA | 4 - CE: CÉDULA EXTRANJERÍA | 5 - PA: PASAPORTE | 6 - MS: MENOR SIN ID | 7 - AS: ADULTO SIN ID

4. DATOS ESPECÍFICOS

4.1. ¿Desplazamiento en los últimos 15 días?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

4.2. Fecha desplazamiento

Día Mes Año

4.3. Municipio/departamento al que se desplazó

Código

4.4. ¿Antecedente de dengue?

☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 Desconocido

4.5. ¿Algún familiar o conviviente ha tenido sintomatología de dengue en los últimos 15 días?

☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 Desconocido

4.6. Dirección de sitio de ocupación o estudio

5. DATOS CLÍNICOS

5.1. Hallazgos semiológicos (marque con X los que se representen)

<input type="checkbox"/> 1 Fiebre	<input type="checkbox"/> 2 Mialgias	<input type="checkbox"/> 3 Sangrorragia	<input type="checkbox"/> 4 Vómito	<input type="checkbox"/> 5 Ictericia	<input type="checkbox"/> 6 Color retrotibular	<input type="checkbox"/> 7 Hemoptisis
<input type="checkbox"/> 8 Artralgias	<input type="checkbox"/> 9 Hiperemia conjuntival	<input type="checkbox"/> 10 Erupción/Rash	<input type="checkbox"/> 11 Hematemesis	<input type="checkbox"/> 12 Oliguria	<input type="checkbox"/> 13 Petequias	<input type="checkbox"/> 14 Metrorragia
<input type="checkbox"/> 15 Choque	<input type="checkbox"/> 16 Diarrea	<input type="checkbox"/> 17 Equimosis	<input type="checkbox"/> 18 Melenas	<input type="checkbox"/> 19 Derrame pleural	<input type="checkbox"/> 20 Epistaxis	<input type="checkbox"/> 21 Hematuria
<input type="checkbox"/> 22 Ascitis	<input type="checkbox"/> 23 Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> 24 Cefalea	<input type="checkbox"/> 25 Prueba de torniquete positiva	<input type="checkbox"/> 26 Prueba de torniquete negativa	<input type="checkbox"/> 27 Alteración de la conciencia	<input type="checkbox"/> 28 Convulsiones
<input type="checkbox"/> 29 Hipotensión	<input type="checkbox"/> 30 Taquicardia	<input type="checkbox"/> 31 Hepalomegalia (>2cm por debajo del reborde costal)	<input type="checkbox"/> 32 Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> 33 Edema pulmonar		

6. DATOS DE LABORATORIO

6.1. Prueba

☐ 1 Recuento leucocitos
☐ 15 Hematocrito inicial (verificar hemoconcentración)
☐ 16 Hematocrito control (verificar hemoconcentración)
☐ 17 Recuento de plaquetas inicial (verificar trombocitopenia)
☐ 18 Recuento de plaquetas control (verificar trombocitopenia)
☐ 2 IgM dengue
☐ 4 RT-PCR (Reacción en cadena de la polimerasa)
☐ 5 Aislamiento viral

6.2. Resultado

Valor	<input type="text"/>	mm3
Valor	<input type="text"/>	%
Valor	<input type="text"/>	%
Valor	<input type="text"/>	mm3
Valor	<input type="text"/>	mm3
Positiva	<input type="checkbox"/> 1	Negativa
Positiva	<input type="checkbox"/> 2	No se realizó
Positiva	<input type="checkbox"/> 3	No se realizó

6.3. Otros parámetros (solo en probables de dengue grave: dengue hemorrágico, shock por dengue, miocarditis por dengue, hepatitis por dengue, encefalitis por dengue)

<input type="checkbox"/> 81 Albumina (hipoproteínemia)	Valor	<input type="text"/>	mg/dL
<input type="checkbox"/> 82 Gases arteriales (shock por dengue)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 83 Alteración electrolítica (shock por dengue)	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No
<input type="checkbox"/> 11 ALT/AST (hepatitis por dengue)	Valor	<input type="text"/>	U/L
<input type="checkbox"/> 10 AST/SGOT (hepatitis por dengue)	Valor	<input type="text"/>	U/L
<input type="checkbox"/> 19 Nitrogeno ureico (shock por dengue)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 20 Creatinina (shock por dengue)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 84 Tiempo de protrombina (predictor de gravedad)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 85 Tiempo parcial de tromboplastina (predictor de gravedad)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 86 Rx tórax (edema pulmonar, derrame pleural)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 87 Electrocardiograma (sospecha de compromiso miocárdico)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 88 Ecografía abdominal (ascitis, osteoartritis sistémica)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 89 Ecocardiograma (sospecha de miocarditis)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado
<input type="checkbox"/> 90 TAC cráneo simple (sospecha de compromiso neurológico)	Normal	<input type="checkbox"/> 1	Alterado

7. EN CASO DE MORTALIDAD POR DENGUE

7.1. ¿Se tomaron muestras de tejidos? Sí ☐ 1 No ☐ 2

7.2. ¿Cuáles?

7.2.1. Hígado	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2
7.2.2. Bazo	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2
7.2.3. Pulmón	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2
7.2.4. Cerebro	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2
7.2.5. Miocardio	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2
7.2.6. Médula ósea	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2
7.2.7. Riñón	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2

8. CLASIFICACIÓN FINAL Y ATENCIÓN DEL CA

8.1. Clasificación final:

<input type="checkbox"/> 1 Dengue sin signos de alarma	<input type="checkbox"/> 2 Dengue con signos de alarma	<input type="checkbox"/> 3 Dengue hemorrágico	<input type="checkbox"/> 4 Shock por dengue
<input type="checkbox"/> 5 Complicaciones por Dengue: Miocarditis por dengue	<input type="checkbox"/> 6 Encefalitis por dengue	<input type="checkbox"/> 7 Hepatitis por dengue	<input type="checkbox"/> 8 Otras complicaciones

8.1. Nivel de atención

☐ 1 Primer nivel ☐ 2 Segundo nivel
☐ 3 Tercer nivel ☐ 4 Cuarto nivel

8.2. Conducta

☐ 1 Ambulatorio ☐ 2 Hospitalización piso ☐ 3 Unidad de cuidados intensivos ☐ 4 Observación

Diligenciado por

Firma y registro médico

sivigila@ins.gov.co/soporte_sivigila@ins.gov.co

Desde 1917 comprometidos con la Salud Pública

Figura 4. Ficha única de notificación de dengue y dengue grave

8 CAUSAS DEL AUMENTO DEL DENGUE

Aumento en la densidad de las poblaciones urbanas.

Aumento de la población de mosquitos en zonas urbanas (abastecimiento de agua deficiente, prácticas tradicionales de conservación de agua, falta de recolección de basura domiciliaria).

El aumento de medios de transportes en zonas urbanas, facilita el desplazamiento de personas infectadas.

Déficit en la información del Sistema de Salud a la población.

Falta de infraestructura en el saneamiento de zonas de agua estancada.

8.1 COMO PREVENIR EL DENGUE HEMORRÁGICO

Lo más importante es impedir la aparición del mosquito.

Evite tener dentro y fuera de su casa recipientes que contengan agua estancada limpia.

Renueve el agua de canaletas y recodos, floreros, peceras y bebederos de animales al menos cada tres días.



Deseche todos los objetos inservibles que estén al aire libre en los que se pueda acumular agua de lluvia: tatas, botellas, neumáticos, juguetes, etc.

Mantenga boca abajo los recipientes que no estén en uso: baldes, frascos, tachos, tinajas, cacharros, macetas.

Tape los recipientes utilizados para almacenar agua como tanques, barriles o toneles.

Denuncia ante las autoridades cualquier depósito de agua estancada que exista en tu comunidad, tales como piscinas en desuso, tanques y fuentes.

Proteger ventanas y puertas con tela metálica.

Cultivar las plantas en tierra, arena o aserrín, nunca en agua.

Cambiar el agua de los floreros cada tercer día.

No colocar platos bajo las materas.

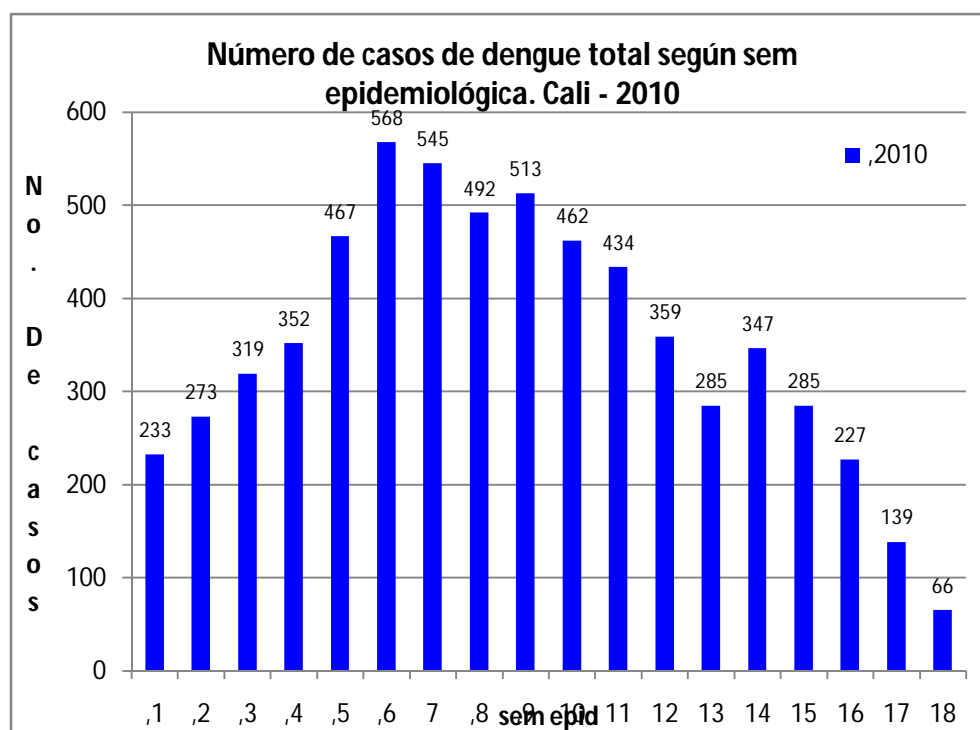
Lavar semanalmente con cepillo, agua y clorox las paredes y el fondo de los tanques o depósitos de agua.

9 ESTADISTICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODO DEL 2010

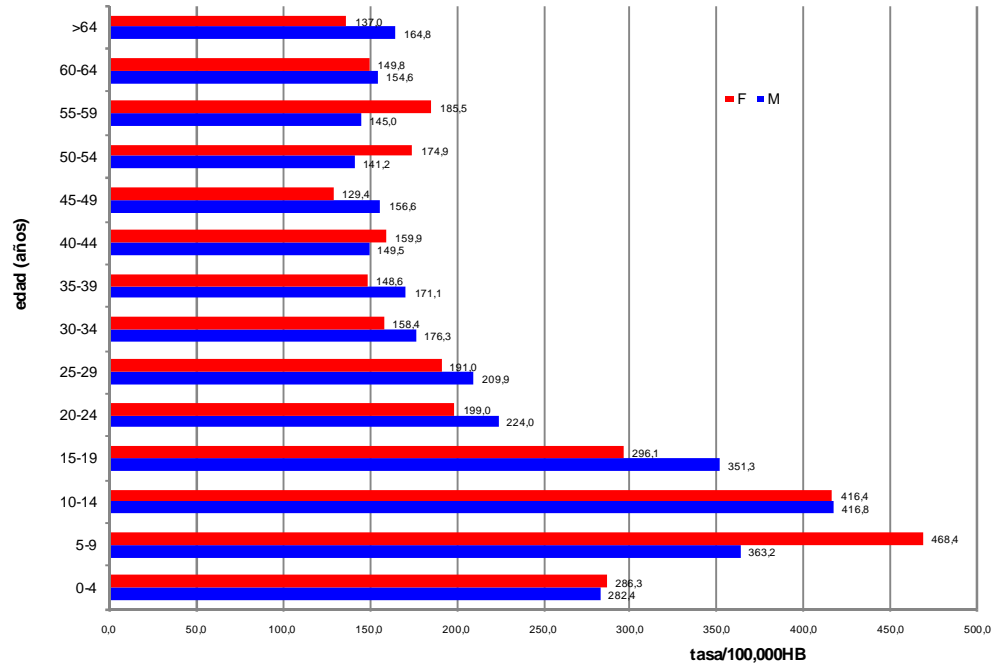
NOMBRE ALUMNO	LUGAR RESIDENCIA	NUMERO DE CASOS
Juan Carlos Murillo	Bogotá (Cundinamarca)	464
Claudia Johana Acosta	Ipiales (Nariño)	6
Libia Lopera	Cali (valle)	6366
María Jackeline Parrado	Villavicencio(meta)	52
Paulo Cesar Jiménez	Pereira (Risaralda)	393

9.1 CALI

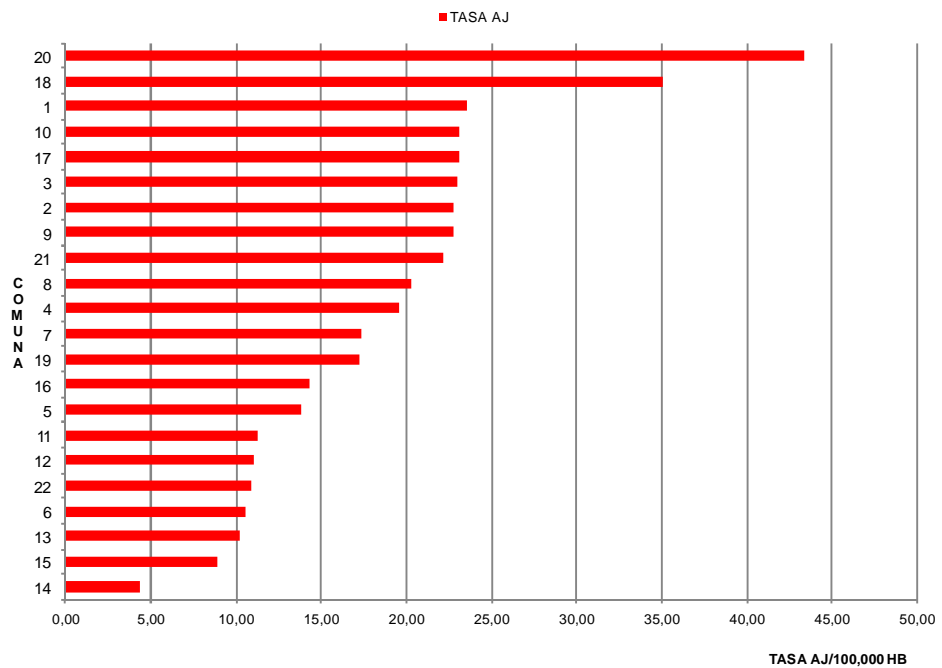
Este informe se obtuvo directamente de la secretaria de salud de Cali, con el Dr. Rojas. Datos de las primeras 18 semanas que han transcurrido en el año 2010



incidencia acumulada de dengue según edad y genero.
Cali sem 1 - 16 de 2010



TASAS DE DENGUE GRAVE AJUSTADAS POR EDAD. CALI 2010.
METODO DIRECTO. POB REF CALI



9.2 PEREIRA

Durante las primeras cuatro semanas epidemiológicas del año 2010, el reporte alcanzó los 397 casos.

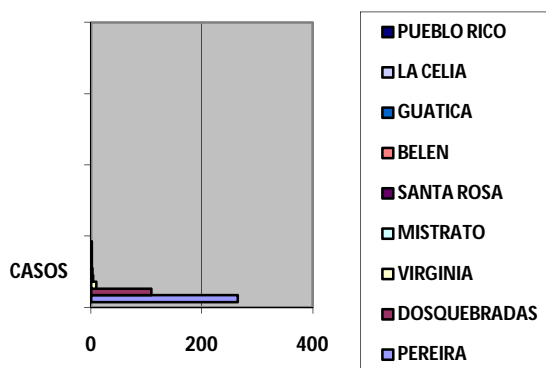
De las cifras registradas en la presente vigencia, 92 casos fueron confirmados por el laboratorio de Salud Pública, de los cuales, 31 han sido reportados como dengue grave, más conocido como dengue hemorrágico.

9.2.1 Cifras

La mayor parte de los mismos, aproximadamente el 67% de lo registrado, es decir, 265 casos, han sido reportados por las instituciones del municipio de Pereira, 109 casos por Dosquebradas, 9 por entidades de La Virginia, 3 por el municipio de Mistrató, 2 por Santa Rosa y los municipios de Belén de Umbría, Guática, La Celia y Pueblo Rico han contribuido a las estadísticas reportando cada uno un caso durante el primer mes del año 2010.

9.2.2 Muertes

De las cinco muertes correspondientes al reporte del 2010 en el Departamento de Risaralda, sólo una ha sido probablemente por dengue grave en un hombre de 18 años, caso que se presentó el pasado 4 de febrero y que aún se encuentra en investigación por parte de las autoridades de salud de Pereira.

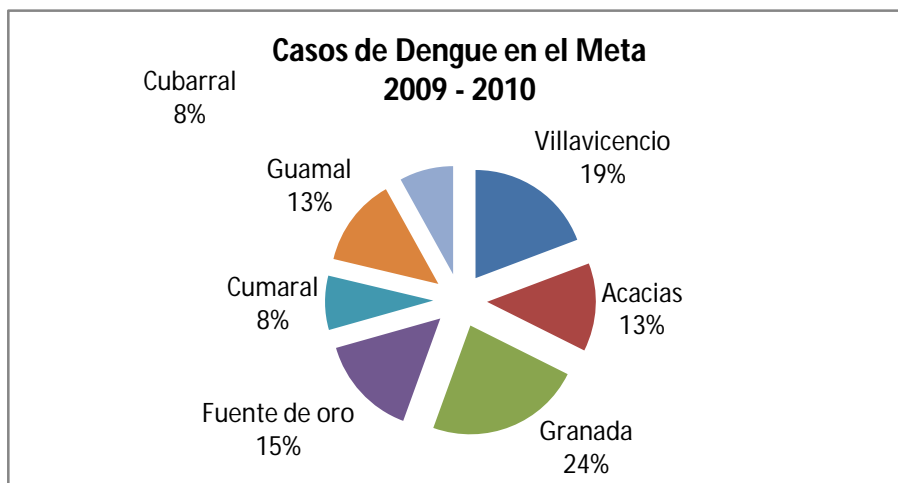


9.3 META

En el periodo de 2009 a 2010 se reportan 52 casos de Dengue, incluyendo de 12 de Dengue Hemorrágico. Los municipios que reportaron dichos casos fueron:

- Villavicencio notificó 10 casos (19 %)
- Acacias 7 (13 %)

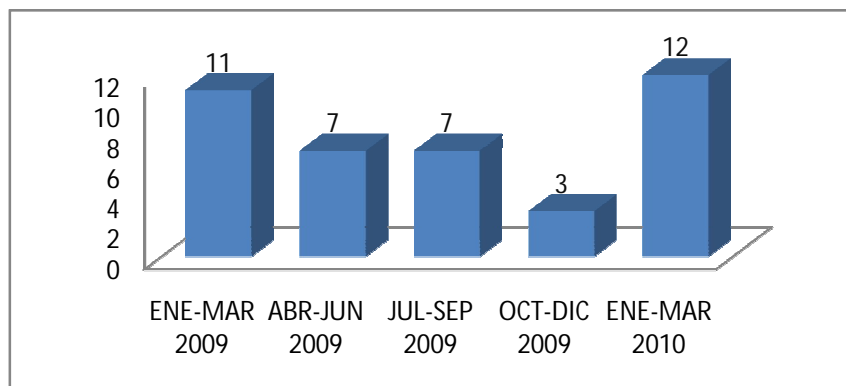
- Granada 12 (23 %)
- Fuente de Oro 8 (15 %)
- Cumaral 4 (8 %)
- Guamal 7 (13 %)
- Cubarral 4 (8%)



Como es de notarse la ciudad con mayor cantidad de casos presentados con dengue es Granada con el 24%, seguida por Villavicencio con un 19%. Le sigue Fuente de oro con el 15%; Acacias y Guamal están en un mismo puntaje, pues cada una presenta el 13%. Igualmente Cumaral y Cubarral cada una con el 8%. Aquí se deduce que las diferencias con respecto a casos de dengue entre un municipio y otro se deben a sus climas.

a. Casos e incidencia de Dengue Clásico y Hemorrágico

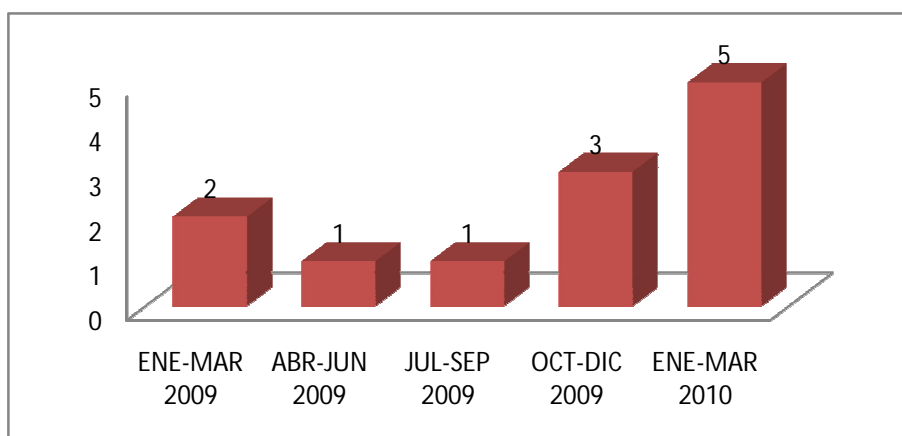
Dengue Clásico



Se organizaron los casos por períodos de tiempo, es decir por trimestres desde principio de 2009 hasta marzo de 2010. Haciendo una comparación entre el primer trimestre de 2009 y el de 2010, se observa que infortunadamente para este año se han incrementado los casos por esta grave enfermedad; ya que el año pasado entre enero y marzo se presentaron 11 casos y en el 2010 ya van 12.

En trimestres de abril a junio y julio a septiembre se mantuvieron igual número de casos, pues se registran 7 para cada trimestre. El trimestre con menor número de casos registrados es de octubre a diciembre con sólo 3 casos.

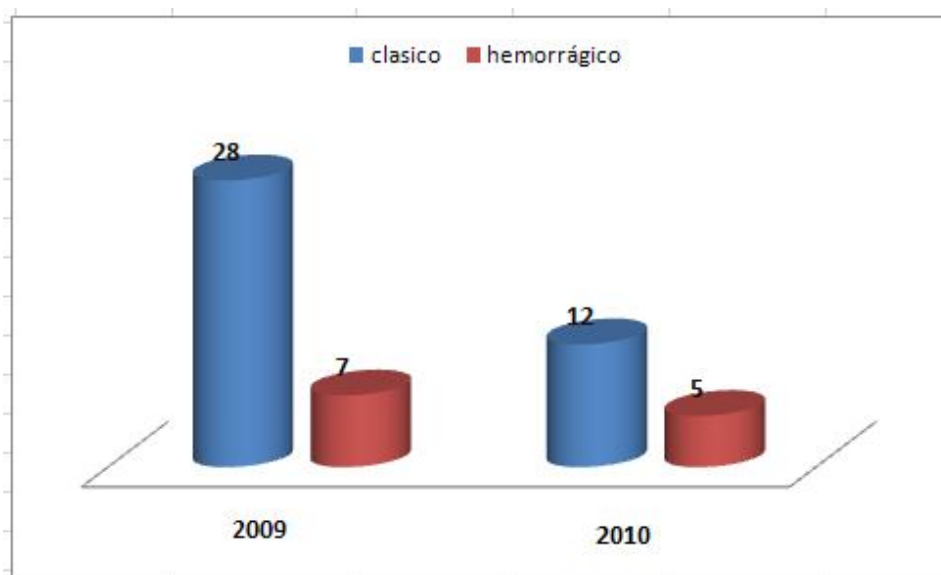
b. Dengue Hemorrágico



El dengue hemorrágico ha presentado un incremento, pues para el primer trimestre del año 2009 solo fueron 2 casos, en cambio en 2010 se presentaron 5 casos. Con respecto al año pasado se puede decir que el trimestre con mayor presencia de dengue hemorrágico fue de octubre a diciembre con 3 casos.

c. Distribución de casos de Dengue clásico y hemorrágico, según rango de casos, 2009-2010

Año	Clásico	Hemorrágico	Total
2009	28	7	35
2010	12	5	17
total	40	12	52



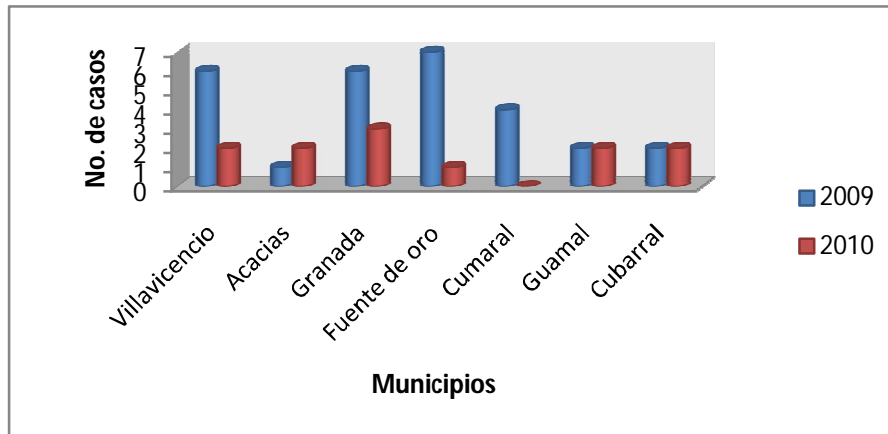
Aquí se puede observar claramente como el dengue clásico en el año pasado tuvo un total de 28 casos en tanto que en solo tres meses de 2010 ya van 12 casos.

Igualmente preocupante el dengue hemorrágico, ya que en todo el año 2009 sólo fueron 7 casos para el departamento del Meta, y para el primer trimestre de 2010 ya se ha presentado 5 casos registrados.

d. Distribución de casos de Dengue clásico por municipio, según rango de casos, 2009-2010

Dengue Clásico	2009	2010
Villavicencio	6	2
Acacias	1	2
Granada	6	3
Fuente de oro	7	1
Cumaral	4	0
Guamal	2	2
Cubarral	2	2
	28	12

INCIDENCIA DENGUE CLÁSICO POR MUNICIPIO



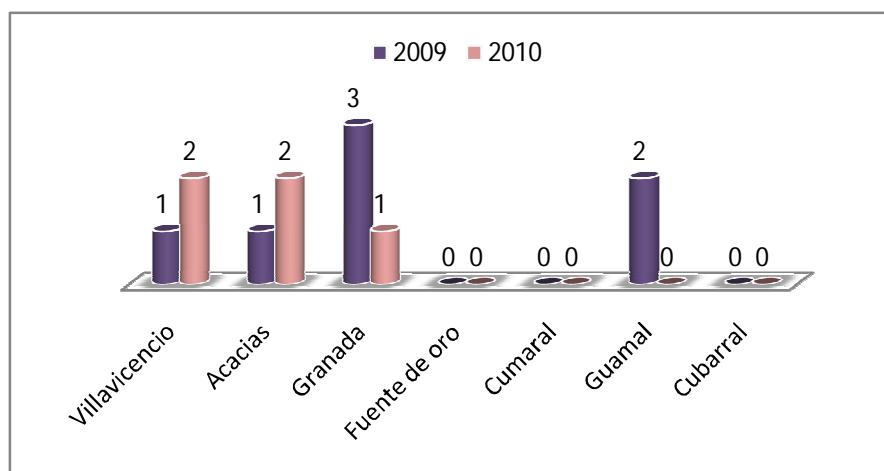
En la gráfica se observa la distribución de casos de dengue clásico por municipio y por año.

En el año 2009 la mayoría de casos de dengue clásico se registran en Fuente de oro con 7 casos, Villavicencio y Granada cada uno con 6 casos, seguido está Cumaral con 4 casos; Guamal y Cubarral con 2 casos cada uno y por último Acacias con 1 caso.

Para el 2010 la situación cambia, pues la mayoría de casos hasta el momento los tiene Granada con 3 casos, los demás municipios tienen cada uno 2 casos, excepto Cumaral que hasta el momento no registra casos.

e. Distribución de casos de Dengue hemorrágico por municipio, según rango de casos, 2009-2010

Hemorrágico	2009	2010
Villavicencio	1	2
Acacias	1	2
Granada	3	1
Fuente de oro	0	0
Cumaral	0	0
Guamal	2	0
Cubarral	0	0
	7	5

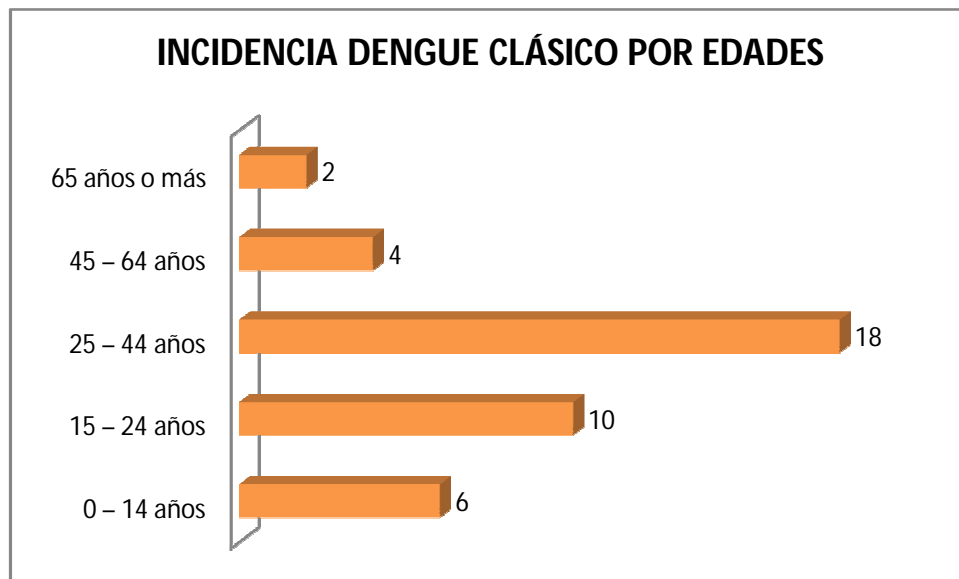


Fuente: Secretaría de Salud Departamento del Meta. Información Epidemiológica de Morbilidad. Dirección General de Epidemiología. Colombia, 2009 - 2010.

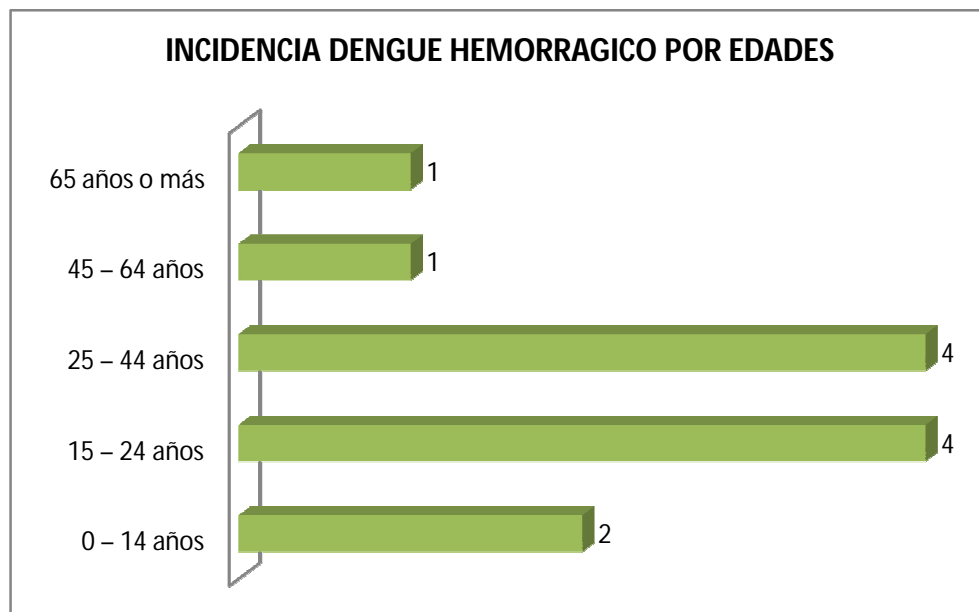
El dengue hemorrágico entre 2009 y 2010 presentó incremento en las ciudades de Villavicencio y Acacias, pues el año pasado cada una registró 1 caso en todo el año, y ahora en solo tres meses tienen cada una 2 casos. Son las consecuencias del verano intenso que estamos atravesando y descuido de la población. Afortunadamente Granada ha logrado disminuir de 3 a 1 en casos de dengue hemorrágico. Mejor aún están Cumaral, Cubarral, Guamal y Fuente de oro que hasta el momento no han presentado casos por DH.

f. Incidencia dengue por edades

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	
	Clásico	Hemorrágico
0 – 14 años	6	2
15 – 24 años	10	4
25 – 44 años	18	4
45 – 64 años	4	1
65 años o más	2	1



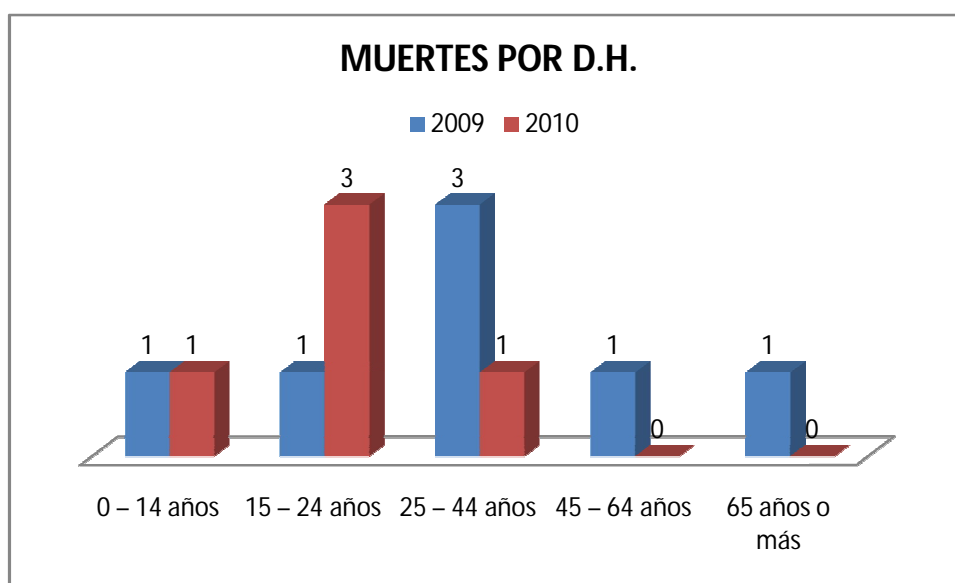
En cuanto a grupos de edad, el más afectado por DC en el periodo 2009-2010 fue el de 25 a 44 años de edad, con 45% del total de casos, seguido por el de 15 a 24 (25%) y por el de 0 a 14 (15%); el restante 15% corresponde a los otros grupos etáreos.



Respecto al DH se observa un patrón de comportamiento similar encontrando igualdad entre los rangos de edad de 15 a 24 y 25 a 44 años con el 33% cada una, seguido por la categoría de 0 a 14 años con el 17% y por último se ubican los otros grupos cada uno con el 8%.

g. Muertes reportadas por dengue hemorrágico

RANGO DE EDAD	AÑO	
	2009	2010
0 – 14 años	1	1
15 – 24 años	1	3
25 – 44 años	3	1
45 – 64 años	1	0
65 años o más	1	0
TOTAL	7	5



La estadística de muertes registradas por dengue hemorrágico indican que para el 2010 se incrementaron las muertes en el grupo de 15 a 24 años, ya que el año pasado fue una persona y este año ha cobrado 3 vidas. Por el contrario el grupo de 25 a 44 años ha disminuido, pues en el 2009 fueron 3 personas y en este año tan solo una. El grupo de 0 a 14 años no presenta cambios aún, porque tiene 1 víctima para cada año. Los otros dos grupos cuentan con una persona respectivamente en el año 2009 y aún no tienen víctimas este año.

10. ACCIONES TOMADAS POR SECRETARIA DE SALUD

CALI

Se redoblará las fumigaciones en la ciudad, se movilizarán 3.000 guardas cívicos y jóvenes del plan talento para movilizarse por toda la ciudad educando a las personas en un lema “sin zancudo transmisor no hay dengue”.

PEREIRA

La presencia del dengue ha impulsado a las autoridades de salud a declarar la alerta epidemiológica en los municipios de Pereira y Dosquebradas.

META

Se adelantan las siguientes acciones colectivas en el Departamento del Meta

Medidas de control vectorial: la vigilancia del dengue debe ser un insumo permanente para realizar las acciones de control vectorial que se llevan a cabo regularmente y permiten su focalización; por lo tanto se adelantan fumigaciones periódicas con insecticidas para controlar la epidemia de dengue en curso; el objetivo en este caso es la destrucción rápida y masiva de *A. aegypti*.

Las medidas de reducción de fuentes se integran con la aplicación de larvicidas en los recipientes que no se pueden eliminar (naturales), cubrir, rellenar o tratar de algún otro modo.

Medidas de vigilancia por laboratorio: la vigilancia virológica es indispensable para proveer información sobre los serotipos de los virus circulantes y detectar oportunamente la introducción de nuevos serotipos en un área.

Esta vigilancia se realiza de forma rutinaria a pacientes con menos de cinco días de evolución y se obtienen cinco muestras de suero semanales para ser remitidas al Instituto Nacional de Salud.

Medidas de control social: se cuenta con un grupo de personas que se encargan de visitar las viviendas para vincular a la comunidad en las acciones de prevención, control y vigilancia en salud pública, y controlar la infestación por *A. aegypti* combinando diferentes acciones y métodos de prevención y control mediante la ejecución de acciones como las siguientes.

_ Eliminación de criaderos de mosquitos mediante la protección de depósitos de agua de consumo y destrucción o relleno de recipientes que puedan acumular agua lluvia.

_ Prevención de picaduras de mosquitos mediante el uso de toldillos para aislamiento de los enfermos o como medida de protección de todas las personas.

Uso de repelentes, protección de puertas y ventanas para evitar la introducción del mosquito en el domicilio.

_ Control efectivo de epidemias mediante la adopción de medidas de control químico y la atención oportuna de casos febriles.

Participación social / educación

Se coordinan grupos de estudiantes de noveno grado que deben cumplir horas sociales para el desarrollo de acciones estratégicas mediante movilización social y comunitaria que promuevan conductas cívicas, solidarias y responsables y acciones concretas de control de vectores tales como eliminación de criaderos en los domicilios y predios adyacentes a las viviendas, protección de depósitos de agua, recolección de inservibles, relleno de materas, floreros y otros recipientes donde se pueda acumular agua lluvia.

Comunicación social

Se emplean los medios de comunicación para influir en las actitudes, comportamientos y prácticas de los seres humanos con respecto a generar cambios de actitudes o adopción de prácticas saludables frente a su propia vida, realidad y entorno. El componente de comunicación social pretende cubrir amplios sectores de la población en el menor tiempo posible, busca informar, motivar y movilizar a la población para que participe en las diferentes acciones.

BOGOTA

Hay un plan de contingencia frente al tema del dengue y si algún ciudadano o ciudadana, niña o niño, presenta situación compleja como fiebres altas recurrentes, dolor de cabeza y malestar en general, no hay que correr un riesgo, puede ser la presencia del dengue, y por lo tanto hay que recurrir a la asistencia médica. Para tal fin fueron capacitados a los médicos de Bogotá, para que identifiquen plena y oportunamente si puede ser dengue, y hacer el tratamiento para que no corra riesgo la vida de la persona que lo haya contraído:

- ✓ Garantizar que el personal de salud en todos los niveles de atención esté capacitado para brindar la atención adecuada de los pacientes con dengue, cumpliendo con la guía de atención integral actualizada.
- ✓ Tener en cuenta los grupos de mayor riesgo de complicación: menores de 5 años, pacientes con signos de alarma, pacientes con enfermedades crónicas, embarazadas, mayores de 65 años y pacientes con alto riesgo social(pacientes que viven solos, difícil acceso a servicios de salud o pobreza extrema), deben ser observados o garantizarles seguimiento estricto.

- ✓ Los pacientes con signos de dengue grave requieren tratamiento de emergencia y deben ser atendidos en instituciones de tercer nivel de complejidad.
- ✓ Todo paciente probable de dengue debe ser valorado cada 48 horas en busca de signos de alarma, desde el inicio de la fase de defervescencia (primer día sin fiebre, entre cuarto y quinto día) hasta que finalice la fase crítica (séptimo día).
- ✓ Garantizar la oportuna referencia y contra referencia de pacientes con dengue grave o con dengue con signos de alarma. Los signos de alarma son: dolor abdominal intenso y continuo, diarrea, vomito persistente, disminución repentina de la temperatura, somnolencia, aumento del hematocrito asociado a caída abrupta de recuento de plaquetas.

CONCLUSIONES

El dengue es una enfermedad prevenible.

Si usted, su familia y su comunidad participan en el control de larvas y mosquitos, se podrá reducir el riesgo de contraer la enfermedad.

Los servicios de suministro de agua potable permanentemente y de recolección de basura e inservibles son esenciales para evitar esas enfermedades.

Este es un insecto inútil y perjudicial.

En la ciudad de Cali queda claro que las personas con mayor vulnerabilidad para contraer la enfermedad y que esta pase hacer un caso grave a mortal son los niños de hasta 5 años y los adultos mayores.

La responsabilidad es de todos no solo de las entidades públicas para controlar el mosquito que produce el dengue.

Es imprescindible realizar el seguimiento continuo y sistemático de los casos de dengue y dengue grave de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

BIBLIOGRAFIA

DENGUE: Diagnostico por laboratorio by Marta Cecilia Ospina Ospina
Laboratorio departamental de salud publica

MODULO: Estadística descriptiva by Mónica A. Santa Escobar
UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD –

J.L. Carrasco de la Peña, El Método Estadístico en la Investigación Médica.
Karpus, Madrid, 1982.

T. Rivas Moya, M.A. Mateo, F. Ríos Díaz, M. Ruiz, Estadística Aplicada a las
Ciencias Sociales: Teoría y Ejercicios (EAC).Secretariado de Publicaciones de la
Universidad de Málaga, Málaga 1991.

A. Martín Andrés, J.D. Luna del Castillo, Bioestadística para las Ciencias de la
salud. Norma, Granada, 1994.

G. Calot, Curso de Estadística Descriptiva. Paraninfo, Madrid 1974.

Curso de profundización en fundamentos de salud pública by Henry Bolaños
UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD –

Plan de contingencia para la detección y control del dengue en el municipio de
Santiago de Cali año 2010 by JORGE IVÁN OSPINA, ALCALDE ALEJANDRO
VARELA, SECRETARIO DE SALUD